

りそな健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金請求書(2020年度用)

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

| | | | | |
|----------------|----|----|------------------|--------|
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | (自署) |
| 事業所名 所属部店名 | | | 連絡先 TEL (勤務先) | 内線 () |

※ 任意継続の方・休職中(含産休・育休)の方は、ご自宅又は携帯の番号をご記入ください。

受診者が被保険者(本人)のみの場合も下欄に入力して下さい。

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 受診者氏名 | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 予防接種代 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 初回接種日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

※ 補助対象者は、接種日時時点で当健保の被保険者(本人)または被扶養者(当健保に加入している家族)です。

○補助対象期間 : 2020年10月1日 ~ 2021年1月31日接種分

○請求期限 : 2021年2月12日(金) 健保組合到着分まで

※ 請求期限後に到着した場合、補助金は支給できません。(請求書は返却します)

※ 接種後は速やかにご請求下さい。

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施しましたので、証明いたします。

| | | | | |
|---------------------|---------|---|--------------|-----|
| 医療 機関 証明 欄 | 接種人数・費用 | | 医療機関(名称・所在地) | 証明印 |
| | 接種人数 | 人 | | |
| | 総費用 | 円 | | |

注1. 医療機関窓口で、上段の医療機関証明欄に接種人数、総費用の証明(証明印は医療機関名のゴム印でも可)をもらって下さい。

注2. 証明印等を得られない場合は、この請求書に領収書(原本)を添付して提出して下さい。

(クリアフォルダー等をご利用ください。のり付け・ホッチキス留は厳禁。診療明細書および接種済証は不可。)

※ 領収書は返却できません。 ※2回接種の場合：1回目の接種で2,000円に達していれば、1回目の領収書のみ添付して下さい。

注3. 予防接種を受けられる医療機関が受診者によって異なり、医療機関の証明により請求される場合は、請求書を医療機関毎に分けて下さい。(※全て領収書添付の場合は、医療機関が異なっても1枚にまとめてご請求下さい。)

健保使用欄

領収書確認

| |
|--|
| |
|--|